

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1902-1903. — N° 154

RHUMATISME TUBERCULEUX

ARTHRITE ANKYLOSANTE

d'Origine Tuberculeuse

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 1^{er} Avril 1903

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Joseph LEVET

Né à Thorens-Sales (Haute-Savoie), le 2 juillet 1877



LYON

Imprimerie WALTENER & C^{ie}, Suc^{rs} de Mougin-Rusand
3, Rue Stella, 3

—
1903

RHUMATISME TUBERCULEUX

ARTHRITE ANKYLOSANTE

d'Origine Tuberculeuse

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1902-1903. — N° 154

RHUMATISME TUBERCULEUX

ARTHRITE ANKYLOSANTE

d'Origine Tuberculeuse

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 1^{er} Avril 1903

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE



PAR

Joseph LEVET

Né à Thorens-Sales (Haute-Savoie), le 2 Juillet 1877



LYON

Imprimerie WALTENER & Cie, Suc^{rs} de Mougin-Rusand
3, Rue Stella, 3

1903

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET. DOYEN.
LACASSAGNE ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. PAULET, CHAUVEAU

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. LÉPINE.
	BONDET.
	BARD.
	PONCET.
Cliniques chirurgicales	JABOULAY
	FOCHIER.
Clinique obstétricale et Accouchements	GAYET.
Clinique ophtalmologique	GAILLETON.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	PIERRET.
Clinique des maladies mentales	WEILL.
Clinique des maladies des enfants	MONOYER.
Physique médicale	HUGOUNENQ.
Chimie médicale et pharmaceutique	CAZENEUVE.
Chimie organique et Toxicologie	FLORENCE.
Matière médicale et Botanique	LORTET.
Parasitologie	TESTUT.
Anatomie	RENAUT.
Anatomie générale et Histologie	MORAT.
Physiologie	TEISSIER.
Pathologie interne	AUGAGNEUR.
Pathologie externe	MAYET.
Pathologie et Thérapeutique générales	TRIPPIER.
Anatomie pathologique	POLLOSSON (M.)
Médecine opératoire	ARLOING.
Médecine expérimentale et comparée	LACASSAGNE.
Médecine légale	COURMONT (J.).
Hygiène	SOULIER.
Thérapeutique	X...
Pharmacologie	

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des maladies des femmes	MM. POLLOSSON (A.), agrégé
Maladie des voies urinaires	CHANDELUX, —
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS, —
Propédeutique médicale	ROQUE, —
Propédeutique chirurgicale	ROLLET, —
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN, —
Anatomie pathologique	DEVIC, —
Physiologie	DOYON, —
Accouchements	FABRE, —
Botanique	BEAUVISAGE, —

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
ROUX.	SIRAUD.	BÉRARD.	VILLARD.
COLLET.	DURAND.	SAMBUC.	TIXIER.
BOYER.	PIC.	BORDIER.	FABRE.
BARRAL.	PAVIOT.	COURMONT (P.).	REGAUD.
MOREAU.	NOVE-JOSSERAND	CHATIN.	CAUSSE, ch...
VALLAS.			

M. BEAUDUN, Secrétaire

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. PONCET, Président ; M. NOVE-JOSSERAND, Assesseur ;
MM. BÉRARD, et TIXIER, Agrégés.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE, A MA MÈRE

Faible témoignage de ma vive affection et de ma profonde
reconnaissance.

A MA SŒUR

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR PONCET

Professeur de Clinique Chirurgicale. Membre correspondant de
l'Académie de Médecine. Chevalier de la Légion d'Honneur.

INTRODUCTION

A côté des lésions très nettement tuberculeuses d'après la clinique et l'anatomie pathologique: indurations tuberculeuses, fongosités, abcès froids, caséeux, etc..., se placent depuis les recherches de M. Poncet sur le rhumatisme tuberculeux une grande variété d'arthropathies, allant, comme il l'a indiqué lui et ses élèves, dans diverses publications, depuis la simple arthralgie jusqu'aux polyarthrites aiguës ou chroniques, simulant à s'y méprendre les diverses manifestations articulaires encore attribuées jusqu'à ce jour au rhumatisme ordinaire.

M. le Professeur Poncet a montré qu'il existait un rhumatisme infectieux d'origine bacillaire au même titre que d'autres pseudo-rhumatismes aujourd'hui bien connus. Et, par le fait même ouvrant un nouveau chapitre de pathologie générale, il a également indiqué que les manifestations du rhumatisme tuberculeux étaient non moins nombreuses et non moins variées que celles des autres rhumatismes infectieux.

Divers travaux du maître et de ses élèves ont déjà paru sur certaines formes aiguës ou chroniques du rhumatisme bacillaire, nous n'avons pas à y revenir. Dans ce travail, nous nous proposons d'établir qu'en dehors des arthropathies dont nous avons parlé, qu'en dehors de la tumeur blanche classique, des ostéo-arthrites fongotuberculeuses doit prendre place une classe d'arthropathies également d'origine tuberculeuse mais d'une forme anatomique et clinique toute différente, d'où le nom en est : « des arthrites plastiques ou mieux encore ankylosantes » puisque, comme nous le verrons, l'ankylose est dans nombre de cas, la terminaison souvent fatale de ces lésions articulaires.

On sait déjà que dans la plupart des rhumatismes infectieux et en particulier dans le rhumatisme blennorrhagique, l'ankylose est volontiers la terminaison d'arthropathies aujourd'hui bien connues dans leur pathogénie et leur évolution.

Dans un premier chapitre sur le rhumatisme tuberculeux articulaire, nous passerons rapidement en revue les notions déjà acquises et il nous sera facile d'établir qu'à côté des formes déjà décrites, l'arthrite séreuse aiguë, l'arthrite chronique noueuse déformante, arthrites relativement atténuées et relevant du poison tuberculeux, prend rang la forme plastique, ankylosante dont nous nous occupons.

Dans un deuxième chapitre, nous publions les observations recueillies, soit qu'il s'agisse d'une manifestation articulaire localisée à une seule articulation (mono-art-hrite), qui sera le plus souvent : le genou, la hanche ; soit que l'on ait à faire à des polyarthrites avec localisa-

tion consécutive sur une ou plusieurs articulations.

Dans un troisième chapitre, nous étudierons le siège de ces arthropathies ankylosantes, leurs signes cliniques, leur marche, leur évolution... etc..

Le quatrième chapitre sera consacré à l'anatomie pathologique, nous verrons enfin les déformations qu'entraînent ces ankyloses et le traitement qui leur convient.

M. le professeur PONCET après nous avoir inspiré le sujet de cette thèse, a bien voulu accepter d'en présider la soutenance. Nous sentons vivement tout l'honneur qu'il nous fait et nous le prions d'accepter le juste hommage de notre respectueuse gratitude

Nous remercions également M. le Docteur MAILLAND chef de laboratoire de clinique chirurgicale, pour sa bienveillance et ses conseils.

Que nos Maîtres des Hôpitaux et des Facultés soient assurés de notre sincère reconnaissance : nous nous efforcerons de mettre en pratique leurs leçons, leurs conseils, leurs exemples.

CHAPITRE PREMIER

DÉFINITION. — HISTORIQUE

« Sous le nom de pseudo-rhumatisme infectieux, dit Egmann dans sa thèse, on désigne depuis les travaux de Bouchard et de ses élèves un mode de réaction des jointures spécial à certaines infections ».

Longtemps le cercle des infections incriminées fut assez restreint et tous les auteurs classiques dénonçaient la blennorrhagie, la diphtérie, la scarlatine, l'érysipèle, la pneumonie, la dysenterie... etc.

En 1897, M. le professeur Poncet, au Congrès français de chirurgie (séance du 23 octobre) appela, le premier, l'attention sur les arthrites dont souvent s'accompagne une tuberculose locale ou viscérale ou qui même sont parfois une première signature apparente du bacille de Koch ayant élu domicile dans un organisme jusqu'alors supposé indemne. « La tuberculose, disait-il, maladie essentiellement infectieuse, peut au même titre que d'autres maladies infectieuses : blennorrhagie, scarlatine,

fièvre typhoïde, donner lieu à une variété spéciale de pseudo-rhumatisme infectieux qui mérite le nom de rhumatisme tuberculeux ».

Et il définissait celui-ci : « un ensemble de manifestations articulaires dûes vraisemblablement aux toxines du bacille de Koch et pouvant se produire chez tout sujet tuberculeux ou en instance de le devenir, manifestations articulaires caractérisées non pas par des lésions fongueuses suppurantes, destructives comme dans la tumeur blanche ordinaire, mais au contraire, par des lésions irritatives à tendance fibro-plastique, analogues à celles des rhumatismes pseudo-infectieux dont elles peuvent cliniquement revêtir toutes les formes depuis la simple arthralgie jusqu'à l'ankylose complète ».

Le docteur Trébeneau dans une thèse fortement documentée, puisqu'il a examiné deux cents tuberculeux avérés, rechercha quelle pouvait être la fréquence du rhumatisme chez les tuberculeux et dans ses conclusions, arriva aux chiffres suivants : 1° sur cent tuberculeux médicaux, la plupart atteints de phtisie pulmonaire : onze arthralgies, six rhumatismes articulaires aigus ou subaigus, un rhumatisme chronique ; 2° sur cent tuberculeux chirurgicaux : neuf arthralgies, sept rhumatismes articulaires aigus ou subaigus, un rhumatisme déformant.

Ce chiffre déjà énorme de tuberculeux avérés souffrant dans leurs articulations, nous fait demander comment il se fait qu'un temps si long se soit écoulé sans que l'on ait songé à incriminer le bacille de Koch ou ses toxines dans l'apparition et l'existence de ces douleurs ou de ces déformations. C'est que comme le fait judi-

cieusement remarquer M. Poncet : « l'idée de diathèse n'avait pas été remplacée complètement par celle de maladie infectieuse et les anatomistes, avec une intransigeance des plus scientifiques, exigeaient des altérations spécifiques des tissus : tubercules, fongosités, cellules géantes, etc. ».

Quelques auteurs cependant avaient été frappés de cette coexistence du rhumatisme et de la tuberculose. Laveran appelé auprès d'un malade atteint de douleurs articulaires qui dix jours après mourait de granulie, appela l'attention sur ces rhumatismes articulaires aigus s'accompagnant de pleurésie ou de méningite.

Lacaze Dori et Eloy, étudiant le rhumatisme chronique chez l'enfant, ont attiré l'attention sur l'existence possible du rhumatisme et de l'arthrite fongueuse ; beaucoup de ces malades ont des cicatrices strumeuses ou des antécédents tuberculeux et meurent tuberculeux.

Chanot avait vu combien étaient fréquents les accidents tuberculeux chez les sujets atteints de rhumatisme chronique déformant et en 1889 Coyrard intitulait sa thèse : « Rhumatisme articulaire progressif et tuberculose ».

Malgré tout derrière le terme de rhumatisme se cachait toujours l'idée de diathèse et personne, avant M. le professeur Poncet, n'avait songé à voir dans la coexistence de ces deux affections une relation de cause à effet.

Mais, une fois que le bacille de Koch fut mis en cause et l'attention des cliniciens attirée de ce côté, les observations venant à l'appui de la thèse se firent de plus en

plus nombreuses et dans ces dernières années, M. Poncet et ses élèves ont fait paraître d'intéressantes études sur les formes multiples que peut revêtir le rhumatisme tuberculeux.

Ce n'est point ici le lieu de les analyser séparément, nous ne ferons qu'en tirer les idées dominantes qui en découlent et qui sont entrées dans le domaine de la pathologie générale.

De ces études faites par MM. Bérard, Destot, Mailand, Patel, études documentées par de nombreuses observations ; des thèses de MM. Drevet, Egmann, Trébeneau, Vaissade, faites sous la même inspiration et sur le même sujet, il ressort tout d'abord que le rhumatisme tuberculeux n'est point univoque dans ses manifestations cliniques et anatomiques, même sur un seul sujet. Il peut revêtir des modalités différentes que M. Patel dans la *Revue de chirurgie de 1901* (n° du 3 juillet) a ainsi classées, suivant leur ordre de gravité :

La simple arthralgie.

Le pseudo-rumatisme aigu tuberculeux.

Le pseudo-rumatisme chronique tuberculeux.

La polyarthrite tuberculeuse déformante.

Ces noms seuls valent une définition et il nous est permis de ne pas davantage nous étendre sur les différences qui ont engendré cette première classification.

Anatomo-pathologiquement, on ne trouve rien des signes ordinaires de la tuberculose. Suivant l'intensité du processus inflammatoire dont l'articulation a été le siège, les cartilages sont plus ou moins altérés, rugueux, dépolis ou remplacés par du tissu fibreux ; les extrémités osseuses sont irrégulières, amoindries, dénudées,

exubérantes ou flottant dans l'articulation. La synoviale est épaissie, infiltrée, les ligaments sont déformés, rétractés ou relâchés ; les parties molles péri-articulaires sont généralement épaissies, quelquefois rétractées. Mais de toutes ces lésions, la plus fréquente et sans contredit, celle qui est le plus souvent signalée, est la formation de produits plastiques variés : brides, cloisons fibreuses, ankyloses.

Cliniquement, ces lésions s'observent dans deux cas différents : 1° Ou bien elles sont la première manifestation d'une tuberculose qui évoluera plus tard ; 2° ou bien les malades qui en souffrent sont d'autre part atteints de lésions tuberculeuses chirurgicales ou médicales.

Si dans leur étiologie on retrouve généralement les causes qui sont un appel au rhumatisme articulaire aigu ou chronique ordinaire : intempéries, surmenages, habitations humides et malsaines... etc., il ne faut pas oublier que, bien davantage encore, ces mêmes causes, font partie de l'étiologie de la tuberculose ou en favorise l'évolution. Et de plus si l'on cherche dans les antécédents héréditaires ou personnels des malades chez lesquels la marche d'un rhumatisme attire l'attention sur une origine douteuse, il n'est point rare d'y retrouver la tare tuberculeuse. Loin de nous la pensée de nous autoriser de la présence seule de pareils antécédents pour incriminer à tout coup le bacille de Koch : le tuberculeux a le droit de présenter des lésions autres que des lésions tuberculeuses, mais la logique nous fait un devoir d'envisager les choses dans leur explication la plus simple et de rechercher avant tout si la

maladie générale en cause ne peut à elle seule expliquer des lésions qu'il serait difficile de rattacher à une autre infection. La pathogénie aurait pu fournir ample matière à discussion ; mais elle a bénéficié de celle, célèbre, qui eut lieu à la Société médicale des hôpitaux en 1867 au sujet de la nature du rhumatisme blennorrhagique. La seule théorie admise aujourd'hui est celle émise alors par Féréol et que nous pouvons encore invoquer dans le cas actuel : le rhumatisme tuberculeux est le résultat d'un empoisonnement, d'une intoxication spéciale : la tuberculine se localise sur les synoviales qui sont comme toutes les séreuses des voies d'élimination naturelle venant après les grands émonctoires, reins, peau, etc.

Ceci dit, comme tout pseudo-rumatisme, le rhumatisme tuberculeux se distinguera du rhumatisme articulaire vrai par plusieurs points, que nous rappellerons. Tandis que dans le dernier la douleur siège surtout au niveau des parties péri-articulaires : tendons, lames tendineuses insérées sur les extrémités osseuses, dans le rhumatisme tuberculeux, la douleur siège surtout au niveau de l'interligne.

Le début est brusque, sans prodromes ; polyarticulaire d'abord pour se localiser assez vite sur une ou deux articulations au plus. Pas de retentissement sur le muscle cardiaque.

Les phénomènes généraux sont habituellement modérés et hors de proportion avec l'intensité des symptômes locaux.

Le traitement que l'on institue contre ces arthrites, que l'on prend tout d'abord pour du rhumatisme vrai,

(salicylate de soude, antipyrine) échoue le plus souvent, et reste d'une désespérante inefficacité.

Le rhumatisme tuberculeux étant admis, les différents auteurs qui se sont occupés de la question font ressortir que ce n'est là qu'une tuberculose à malignité mitigée, amoindrie, diminuée, tuberculose bénigne si l'on peut ainsi dire, soit par suite du peu de virulence de ses microbes ou de ses toxines, soit par suite de la résistance plus grande, de la défense plus active du terrain sur lequel elle évolue. Et là, comme dans tous les cas de ce genre, le processus tuberculeux, au lieu d'évoluer vers l'ulcération, la caséification a des tendances plutôt fibreuses, plastiques et peut en conséquence donner lieu à de l'ankylose.

Trois terminaisons bien différentes en gravité, peuvent en effet, faire suite à l'envahissement d'une articulation par le bacille de Koch ou ses toxines : ou les phénomènes inflammatoires, congestifs, douloureux du début rétrocedent sans laisser aucune trace de leur passage et on a alors eu affaire soit à de la simple arthralgie, soit à une arthrite séreuse aiguë ou subaiguë, ou bien continuant leur évolution, ils sont suivis d'une tumeur blanche. Mais entre ces deux extrêmes, il y a place pour un troisième ordre de faits parmi lesquels prend place la forme enkylosante. L'articulation ne revient pas franchement à son intégrité primitive, mais le processus inflammatoire n'est pas non plus assez vigoureux pour donner naissance aux fongosités de la tumeur blanche ; les parties articulaires se transforment en tissus fibreux et suivant l'intensité, le lieu d'élection, la forme des lésions, le rhumatisme causal tuberculeux

simulera le rhumatisme chronique, la polyarthrite déformante ou enfin l'arthrite ankylosante que nous appellerons alors « arthrite ankylosante d'origine tuberculeuse. »

Nous avons relevé quelques cas de ce genre d'évolution que nous relatons dans le chapitre suivant.

Mais auparavant, étudions ce que l'on entend par ankylose.

L'ankylose est l'immobilisation incomplète ou absolue des surfaces articulaires d'une jointure. Ainsi définie, il peut y avoir ankylose vraie ou fausse. Fausse, lorsque l'impotence est due à quelque désordre des tissus périphériques : muscles, tendons, tissus cellulaires, téguments. Vraie, lorsque la perte des mouvements est la conséquence d'une altération des parties constituantes de la jointure. C'est celle-là que définit Reclus en disant : « Il y a ankylose toutes les fois que les mouvements d'une articulation sont gênés d'une façon permanente après une affection inflammatoire quelconque des éléments articulaires ». C'est la seule aussi dont nous nous occupons.

Suivants quels sont les éléments articulaires touchés : éléments périphériques, manchon articulaire ou cartilages diarthrodiaux, les auteurs ont distingué l'ankylose périphérique, en virole et l'ankylose centrale, par fusion. Qu'elle soit centrale ou périphérique, l'ankylose est ou fibreuse ou osseuse suivant l'édification du tissu qui la constitue. Nous verrons au chapitre de l'anatomie pathologique à quel genre nous avons à faire dans les observations qui vont suivre.

CHAPITRE II

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (*inédite*)

(Service de M. le professeur PONCET)

Rhumatisme articulaire tuberculeux. Ankylose du genou droit. Polyadénites cervicales suppurées, tuberculeuses.

M. M..., 18 ans, domestique, née à Genève, entrée le 12 décembre 1902. Son père est mort de tuberculose pulmonaire. Mère vivante et bien portante. Deux sœurs : l'une a été réséquée de l'épaule pour une tumeur blanche. Pas d'antécédents rhumatismaux. Son histoire pathologique commence à l'âge de 7 ans. A cette époque elle fit une chute ; en quelques heures, son genou droit devint énorme, dit-elle. On lui fit de la révulsion à la teinture d'iode et on l'immobilisa dans un appareil plâtré qu'elle conserva deux mois environ. Quand on enleva le bandage sa jambe était raide en extension, le genou douloureux. Quelques mois se

passèrent, l'articulation restait douloureuse, elle était peu déformée, mais les mouvements étaient très limités. A l'hôpital où elle se trouvait, on lui fit alors des pointes de feu profondes et appliqua un nouveau bandage plâtré qu'elle garda deux mois. A ce moment, la jambe était ankylosée dans la rectitude, la marche possible, mais la malade se fatiguait vite malgré un appareil orthopédique qu'elle portait constamment. Les choses restèrent ainsi avec des hauts et des bas jusqu'à l'âge de 12 ans. A ce moment, on l'envoya passer huit mois à Cannes. Il est probable qu'à ce moment elle fit une nouvelle poussée articulaire, car son appareil devint douloureux à supporter et elle l'enleva. Dès lors, la jambe se mit progressivement en flexion sur la cuisse et quand elle quitta le Midi, la marche était de nouveau impossible. On lui fit alors du redressement progressif par un appareil à extension continue, puis on lui mit une genouillère qu'elle porta un an et demi, mais le genou supportait mal le contact constant de l'appareil et elle l'enleva. A cette époque, on lui ouvrit et draina un abcès froid de la cuisse. Le genou était douloureux à certains moments, la marche devenait impossible, elle était obligée de s'aliter. Enfin, dans ces deux derniers mois, la douleur augmenta, la déformation devint permanente et la marche très difficile. Il y a deux ans, on lui enleva des ganglions caséeux du cou. Depuis un an, un nouveau paquet ganglionnaire est apparu à l'angle gauche de la mâchoire.

A l'entrée, la jambe est en légère flexion et rotation externe peu marquée. Le genou est peu déformé, les méplats sont un peu effacés, mais dans l'ensemble,

l'articulation a conservé sa forme à peu près normale. Cependant, on est frappé par une apparence de subluxation en arrière ; à un examen plus minutieux, on voit que cet aspect est dû surtout à une incurvation de la partie supérieure du tibia qui forme une courbe à concavité antérieure. Le péroné est très en arrière et aussi très légèrement incurvé. A la palpation : ankylose solide, la rotule est très peu mobile. Il est impossible de se rendre compte de l'existence de points douloureux, la malade ayant une hyperesthésie cutanée considérable. Ganglions dans les deux aines. La malade ne présente rien dans les autres articulations, mais dit avoir très souvent des douleurs rhumatoïdes dans la plupart des articulations, celles surtout soumises aux variations de température, poumons sains. Hystérie très nette : zones ovariennes. Au cou cicatrice de ganglions caséux ; cette cicatrice est une véritable zone hystérogène. A l'angle de la mâchoire, gros paquet ganglionnaire. Il ne semble pas y avoir de pus, mais les ganglions semblent ramollis.

Le 22 décembre, le D^r Robin lui-même avec son appareil fait l'ostéoclasie sus-condylienne. Plâtre sous redressement.

Le 8 janvier 1903, sous anesthésie, on fait sans difficulté le redressement complet de la jambe en extension. Plâtre. Injections de morphine matin et soir.

OBSERVATION II

(*Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 4 novembre 1900.
Rhumatisme tuberculeux, par MM. BÉRARD et MAILLAND).

*Rhumatisme articulaire tuberculeux. Lupus de la face.
Ankylose osseuse du coude droit.*

J. F..., âgé de 24 ans, cultivateur, entre au commencement du mois de janvier 1900, à l'Hôtel-Dieu, clinique chirurgicale de M. Poncet, pour une ankylose complète du coude droit. On ne relève dans les antécédents héréditaires de ce malade que peu de choses, cependant il a eu une sœur morte de tuberculose pulmonaire.

Personnellement, il s'est toujours très bien porté jusqu'à l'âge de 18 ans, il n'a eu aucune des maladies de l'enfance, jamais d'adénite cervivale ni aucun stigmate de tuberculose.

A l'âge de 18 ans, il prit un lupus de la face qui augmenta très lentement et ne le fit pas réformer au conseil de révision. Pendant son service militaire, ce lupus augmenta considérablement et couvrit très vite les deux joues. Il fut alors réformé et ce n'est qu'après un séjour de deux mois à l'Antiquaille, où il fut soigné par M. Augagneur au moyen de pointes de feu au galvano-cautère, qu'il fut guéri complètement.

Douze à quinze jours après sa sortie de l'Antiquaille, le malade fut pris brusquement, sans cause connue, au niveau des deux articulations tibio-tarsiennes de douleurs aiguës avec gonflement de la région articulaire. Il ne présentait alors aucun écoulement urétral, il n'a,

du reste, jamais eu de blennorrhagie ; il n'avait pas eu non plus de maladie infectieuse d'aucune sorte, à l'exception du lupus qui précéda l'apparition de ces douleurs, ces arthrites du pied caractérisées par du gonflement et une très vive douleur durèrent peu de jours et cessèrent spontanément, mais alors il survint une troisième localisation au niveau du coude droit. Celle-ci, beaucoup plus accentuée que les deux premières, s'accompagna de phénomènes locaux très sérieux et absolument rebelles au traitement, l'antipyrine, le salicylate de soude, la vésication restèrent absolument sans effet. Quant à l'état général, il était peu atteint ; à peine un peu de fièvre et de céphalée de temps en temps. Rien au cœur. Ce n'est qu'au bout de 56 jours que les douleurs cessèrent, mais il persista alors une ankylose complète pour laquelle le malade se décida à rentrer à l'Hôtel-Dieu.

A l'examen, on constate une ankylose totale du coude droit ; l'avant-bras est en extension presque complète sur le bras, aucun mouvement n'est possible et tous les efforts pour rompre l'ankylose restent sans résultats. Atrophie considérable des muscles du bras et de l'avant bras. Il ne reste aucune trace des arthritestibio-tarsiennes.

Etat général excellent. L'exploration des autres organes ne présente rien d'anormal.

Devant l'inanité des efforts pour rompre les adhérences, on décide de pratiquer la résection orthopédique du coude ; cependant on essaye encore une fois les mouvements sous anesthésie et l'on arrive alors à rompre les adhérences assez facilement.

Le malade est mis au repos pendant six jours de

façon à faciliter la résolution des phénomènes inflammatoires consécutifs à cette mobilisation forcée.

Depuis lors, on pratique régulièrement la mobilisation chaque jour. Actuellement les mouvements sont loin d'être revenus *ad integrum* néanmoins le malade peut en effectuer d'assez étendus.

OBSERVATION III

(*Presse médicale*, 14 septembre 1902. Du rhumatisme tuberculeux, par M. MAILLAND)

Rhumatisme articulaire aigu tuberculeux. Tuberculose pulmonaire. Ankylose du genou gauche

Mme X..., 25 ans, sans profession. Mère morte à l'âge de 36 ans, de tuberculose pulmonaire, père vivant et bien portant, ni frère ni sœur. Personnellement la malade est atteinte d'un rétrécissement mitral congénital, qui n'a jamais donné lieu qu'à de l'essoufflement, après une marche un peu rapide ou de la montée d'un escalier.

Jusqu'à l'âge de 15 ans, la santé a été assez bonne ; la malade s'enrhumait fréquemment l'hiver, mais l'examen des poumons n'avait rien révélé de suspect. A cet âge elle fut atteinte de chloro-anémie qui survint à différentes reprises, marquée surtout par de la pâleur des téguments et des muqueuses, des palpitations et des pertes blanches ; on constata alors plusieurs souffles vasculaires ; pas de toux, néanmoins la malade fut envoyée à Nice pendant quatre hivers consécutifs. A l'âge de 19 ans, la santé était complètement revenue,

les palpitations avaient disparu, l'état général était excellent. Mariée à l'âge de 20 ans, mari très bien portant. Fièvre typhoïde légère survenue au moment de son voyage de noces et qui la laissa pendant près d'un an dans un assez grand état de faiblesse.

Pendant les deuxième et troisième années de mariage, l'état général fut bon. Cependant, les forces étaient très limitées et des précautions constantes étaient nécessaires. A la fin de la troisième année de son mariage, la malade devint enceinte, la grossesse fut normale, mais elle commença à tousser un peu et à maigrir. L'auscultation des poumons pratiquée par deux médecins ne révéla cependant aucun signe de tuberculose (?)

L'accouchement eut lieu à terme sans accident ; l'enfant est actuellement bien portant. Il n'y eut aucun signe d'infection, aucune élévation de température et la malade put commencer à se lever au bout de douze jours. Un mois après l'accouchement, Mme X... fut atteinte d'un rhumatisme articulaire aigu qui envahit, à quelques jours d'intervalles, l'épaule droite et le poignet gauche. Ces articulations extrêmement douloureuses étaient assez fortement tuméfiées ; la peau était rouge, élévation de température atteignant 38° à 38°5 le soir. La malade ayant quelques pertes blanches, on pensa à un rhumatisme pseudo-infectieux, d'origine génitale. On fit de l'immobilisation, on ordonna à l'intérieur du salicylate de soude. Les douleurs du poignet et de l'épaule disparurent ou plutôt diminuèrent assez rapidement, mais au bout de neuf jours, il se produisit une nouvelle localisation au genou gauche (douleurs très vives, rougeur, tuméfaction). L'immo-

bilisation, l'antipyrine, le salicylate de soude furent employés sans résultat. La tuméfaction diminua, mais les douleurs persistèrent, très vives, exaspérées par le moindre mouvement. Au bout d'un mois,, l'état du genou était toujours le même. Durant ce laps de temps Mme X... fut prise brusquement d'une hémoptysie abondante. Les poumons, surtout le gauche, présentèrent des lésions de tuberculose qui évoluèrent très rapidement. Profitant d'une amélioration passagère, la malade fut transportée à Menton, où elle succomba huit mois après sa première hémoptysie.

Quant au genou gauche atteint, il s'ankylosa peu à peu complètement et resta douloureux. La malade avait été vue par M. Ollier qui avait éliminé complètement toute idée de tumeur blanche pour conclure nettement à un rhumatisme infectieux.

OBSERVATION IV

(In thèse d'EGMANN)

Rhumatisme articulaire aigu tuberculeux. Arthrite ankylosante de la hanche gauche

Mme T...; 21 ans, fille unique, père et mère bien portants, ni frères ni sœurs, on ne trouve aucun antécédent familial bacillaire. Enfant, jeune fille elle a toujours eu une bonne santé. Mariée à 17 ans 1/2. Quatre mois après son mariage, étant enceinte de trois mois, elle fut atteinte d'un rhumatisme articulaire aigu des plus douloureux. Les douleurs débutèrent par les articulations du membre supérieur, puis envahirent

toutes les jointures. Deux médecins diagnostiquèrent : rhumatisme articulaire aigu. On donna d'abord du salicylate de soude à haute dose, puis, devant son inefficacité, de l'antipyrine qui n'agit pas davantage. Cet état aigu, avec douleurs violentes et en particulier si vives dans la jambe gauche que les plus légers chocs et mouvements faisaient pousser des cris à la malade, dura quinze jours. Mais elle dut garder le lit pendant trois mois environ et les signes d'une coxalgie persistant, elle fut placée dans une gouttière Bonnet. Passé ce temps, elle commença à se lever, puis essaya de marcher avec des béquilles, la hanche gauche restant douloureuse. Elle accoucha le 15 décembre 1899 d'une fille vivante et bien portante. L'accouchement et ses suites furent simples sans retentissement sur la hanche gauche. Depuis, l'arthrite coxo-fémorale gauche est restée à peu près stationnaire. La malade a eu des périodes d'amélioration ou d'aggravation caractérisées surtout par des douleurs plus ou moins vives et une gêne plus au moins grande pendant la marche suivant qu'elle pouvait plus ou moins garder le repos. En avril 1900, elle prit les conseils d'un chirurgien qui l'aurait anesthésiée et qui lui aurait conseillé de faire des mouvements, de marcher, et d'aller quelque temps à la campagne. Probablement sous l'influence des manœuvres et des mouvements, les douleurs articulaires augmentèrent et la malade dut se servir de nouveau de béquilles pendant sept à huit semaines. En 1901, elle eut une nouvelle grossesse et accoucha le 3 juillet dernier (1901). Son état resta stationnaire, sans aggravation ni amélioration.

L'enfant mourut deux mois après athrepsique. Dans ces trois dernières années, Mme X... a beaucoup maigri et a perdu les apparences de sa belle santé antérieure. L'examen des divers organes ne révèle cependant aucune lésion, aucun trouble fonctionnel. Ne tousse pas et depuis son rhumatisme articulaire aigu, n'a jamais eu d'autres douleurs.

Un examen méthodique de la hanche gauche pratiqué sous anesthésie révèle une coxalgie à forme plutôt sèche, plastique; nulle part, en effet, on ne trouve d'abcès, d'empâtement fongueux. La pression est particulièrement douloureuse en arrière du trochanter et en avant au-dessous du pli de l'aîne, au niveau de la tête. Les mouvements sont très limités par le fait de la contraction des masses musculaires, en particulier du psoas. En un mot, on trouve tous les signes d'une coxo-tuberculose non suppurée.

OBSERVATION V

(Lyon médical, 27 mai 1900)

Rhumatisme articulaire aigu tuberculeux. Tuberculose pulmonaire. Ankylose du poignet droit

A la séance du 2 mai de la « Société de médecine de Lyon », M. Rafin présente une malade à laquelle il a pratiqué la résection du poignet droit pour une ankylose complète, en mauvaise position.

Il s'agit d'une jeune fille de 20 ans, d'antécédents suspects; le père et la mère sont morts de tuberculose pulmonaire et elle-même a eu en 1894, une bronchite

avec hémoptysie. En 1896, à ce moment âgée de 16 ans, elle eut une attaque de rhumatisme articulaire aigu ; les articulations envahies furent : le cou-de-pied, le poignet et l'épaule gauches, le poignet droit. La crise fut aiguë, la fièvre dura un mois. Elle fut soignée par l'antipyrine et le salicylate de soude. Puis tandis que les autres articulations recouvraient leurs fonctions, le poignet droit resta enraidí. En décembre 1896, une tentative de mobilisation avec anesthésie resta sans résultat et malgré les traitements employés, l'ankylose est complète en septembre 1897, et de plus en mauvaise position, la main est fléchie et déjetée sur le bord cubital. Les doigts sont enraidis et la malade privée entièrement de l'usage de sa main droite est complètement incapable de gagner son pain. L'opération fut pratiquée le 14 septembre 1898 ; l'ankylose était complète et la résection permit l'ablation de tout le carpe et des extrémités radiale et cubitale formant un seul bloc osseux. Résultat excellent ; la force de la main droite est égale aux deux tiers de celle de l'autre main et enfin la malade travaille et gagne sa vie. La pièce enlevée présente de l'intérêt en raison de la soudure complète des os du carpe et de l'extrémité des os de l'avant-bras.

OBSERVATION VI

(*Gazette des Hôpitaux*, 25 juillet 1902)

Rhumatisme articulaire aigu tuberculeux. Tuberculose pulmonaire et Ankylose de la hanche droite

I. J... 44 ans, manœuvre, est entré à l'Hôtel-Dieu le 1^{er} avril 1901. Pas d'antécédents héréditaires. Marié, le

malade a eu six enfants. Deux seulement sont vivants, deux sont morts dans l'enfance, de convulsions, un autre de méningite, un quatrième est né avant terme. Pas de maladie avant l'âge de 40 ans. A cette époque, épididymite suppurée survenue sans cause appréciable, dont témoigne une cicatrice en cul de poule, adhérente au testicule. Un an après, il y a trois ans, bronchite et pleurésie gauche ayant nécessité un séjour de trois mois au lit. L'année dernière au mois d'août, apparition brusque, du jour au lendemain, de douleurs articulaires avec gonflement qui l'obligèrent à garder le lit (genou gauche, pied droit, etc.) Un médecin appelé fit le diagnostic de rhumatisme articulaire aigu. Disparition après huit ou dix jours de ces phénomènes douloureux qui se localisèrent à la région lombaire et à la hanche droite. L'examen révèle un mal de Pott avec un point très douloureux à la pression, au niveau de la cinquième vertèbre lombaire, et on constate dans la fosse iliaque droite l'existence d'un abcès du volume des deux poings, allongé, peu douloureux, ne se prolongeant pas du côté de la cuisse. Signes de coxalgie plastique à droite. Coxo-tuberculose, sans abcès, sans fongosités apparentes. Au poumon gauche, du côté de l'ancienne pleurésie, abolition des vibrations, diminution du murmure vésiculaire. Etat général relativement bon.

OBSERVATION VII

(Communiquée par M. PONCET, à qui le malade avait été
obligeamment adressé par M. le professeur JABOULAY

(Observ. de M. PATEL)

Plusieurs attaques de rhumatisme articulaire aigu tuberculeux. Mal de Pott. Absès froids multiples. Tuberculose pulmonaire et Ankylose de la hanche droite.

J. C., âgé de 33 ans 1/2, a exercé la profession de coiffeur depuis 15 ans; sa mère est morte à l'âge de 38 ans d'une affection pulmonaire aiguë; il ignore les causes de la mort de son père. Il est marié depuis plusieurs années; sa femme est bien portante, il a un enfant également en bonne santé. J. C... est maigre, d'aspect chétif, le teint pâle et clair, les cheveux et la barbe très blonds, son histoire pathologique rédigée de sa main, forme un véritable mémoire orné d'aperçus psychologiques curieux dont voici le résumé : Il eut sa première maladie à l'âge de 15 ans, elle consista en une série d'arthrites subaiguës, d'aspect rhumastimal et traitées comme telles à l'Hôtel-Dieu, sans succès d'ailleurs, par du salicylate de soude. Les lésions articulaires cédèrent seulement au bout de trois mois, à la suite de vésicatoires appliqués localement, à l'exception de celles du coude gauche qui devinrent chroniques et nécessitèrent le passage du malade en chirurgie, dans le service de Daniel Mollière qui immobilisa la jointure malade dans une gouttière plâtrée et ordonna des

toniques à l'intérieur. Le coude guérit rapidement, mais l'état général devint mauvais. Durant un séjour à Longchêne, il fut atteint de troubles neurasthéniques graves avec perte de l'appétit, amaigrissement, diminution progressive des forces dont la cause ne tarda pas à être révélée par le développement simultané d'une coxo-tuberculose du côté droit et d'un mal de Pott dorso-lombaire. Admis de nouveau dans le service de Daniel Mollière, il fut placé dans une gouttière où il resta durant treize mois. La coxalgie fut surtout caractérisée par des douleurs et de la gêne des mouvements ; elle se termina par une ankylose complète de la hanche consécutive à une arthrite qui depuis le début jusqu'à la fin a été plastique. Par contre, il présenta à différentes reprises pendant la durée du traitement des abcès périarticulaires suivis de l'élimination de petits séquestres. L'évolution du mal de Pott dorso-lombaires, parallèle à celle de la coxalgie, aboutit à une gibbosité assez marquée, sans qu'il n'y eut jamais ni abcès par congestion, ni paraplégie. A la fin du treizième mois de traitement, l'état général était excellent et tous les phénomènes aigus locaux avaient disparu, l'ankylose de la hanche était complète, mais permettait facilement la marche ; la gibbosité pottique était parfaitement consolidée. Rien à noter pendant les quatre ans qui suivirent, lorsque se déclara un abcès froid au niveau de la cuisse gauche, qui fut opéré dans le service de M. Jaboulay. Durant le temps de la cicatrisation de l'abcès, J. C... se mit à tousser et à cracher ; on reconnut à l'auscultation quelques craquements aux deux sommets, mais tout s'amenda en trois semaines.

L'état général redevint bon et durant onze années, la santé resta florissante malgré d'assez fréquents rhumes, accompagnés parfois de légères hémoptysies. Depuis quatre ans, la situation pathologique de J. C... s'est compliquée de troubles nouveaux d'ordre varié. Il souffre fréquemment de l'estomac et a des digestions difficiles; à plusieurs reprises, il a présenté des symptômes d'entérite provoqués vraisemblablement par l'usage abusif de remèdes extrêmement variés. A la suite d'une grippe, les rhumes sont devenus plus fréquents et les hémoptysies plus abondantes; cependant un médecin qui l'a examiné à cette époque n'a rien trouvé de suspect dans ses poumons.

Enfin toujours pendant ces quatre dernières années, ont apparu des tuméfactions localisées en certains endroits déterminés, des gommes bacillaires d'après ce qu'on lui a dit, dont il raconte ainsi l'évolution : « Ces gommes étaient précédées de douleurs légères qui ne m'ont jamais obligé de cesser mon travail. Au bout de quelque temps, la douleur cessait, mais à sa place apparaissait une petite grosseur, dure, dans l'épaisseur des muscles. Des quatre affections de ce genre que j'ai eues, la première a duré dix-huit mois, puis s'est ouverte spontanément en donnant naissance à un peu de sang noir et à un fragment d'os carié; la cicatrisation a été très rapide et tout a disparu. La deuxième s'est ouverte à deux reprises avant de disparaître; la troisième s'est ouverte une fois, puis est revenue et actuellement reste stationnaire. Quant à la quatrième, elle est à sa période de développement; elle est située au niveau de la cuisse gauche et m'occasionne des douleurs dont je

ne peux pas déterminer le siège exact à la palpation, mais qui me paraît être à la surface de l'os ». J. C... à toujours eu une existence pénible ; il a enduré de nombreuses privations et a beaucoup travaillé dans des conditions hygiéniques déplorables. Il affirme n'avoir jamais contracté de maladies vénériennes et ne faire aucun abus de vin ni d'alcool ; par contre, le nombre des médicaments de toute espèce, qu'il a absorbé, doit s'élever à un chiffre invraisemblable.

Actuellement, on constate les lésions pathologiques suivantes : 1° ankylose de l'articulation fémorale droite, la cuisse est en extension et la marche s'effectue facilement ; sur la région correspondante sont deux cicatrices provenant des abcès ouverts à ce niveau ; 2° gibbosité dorso-lombaire ; 3° cicatrices de la région sternale et au niveau de la fosse iliaque externe droite provenant des gommes ouvertes antérieurement et actuellement guéries ; 4° sur le côté externe de la cuisse gauche, dans son tiers supérieur, gomme en voie de formation, c'est une masse dure, non fluctuante, indolore au toucher, mal limitée, du volume d'une mandarine à peu près, non adhérente à la peau et incluse dans les masses musculaires correspondantes avec lesquelles elle se confond ; 5° tumeur semblable dans la région iliaque du même côté, mais avec légère adhérence à la peau qui présente une cicatrice très visible, due à une première ouverture de la gomme qui continue son évolution après s'être cicatrisée ; 6° sur la crête tibiale du côté gauche, on perçoit une hypertrophie de l'os formant une véritable exostose sessile ; aucune lésion des parties molles, aucune douleur ni spontanée, ni pro-

voquée ; 7° obscurité respiratoire aux deux sommets, mais pas de râles, ni de souffles.

En résumé : rhumatismes subaigus polyarticulaires à l'âge de 15 ans, rebelles au salicylate de soude, avec fixation au coude gauche qui après une période d'arthrite chronique aboutit cependant à la guérison. Peu à peu, développement d'une coxo-tuberculose et d'un mal de Pott qui guérissent l'un et l'autre en 13 mois avec persistance d'une ankylose de la hanche et d'une gibbosité dorsale. Abscès péri-articulaires avec élimination de séquestres. Gommès tuberculeuses guéries au niveau du sternum, encore en voie d'évolution au niveau de la cuisse et de la fosse iliaque gauche. Hyperostose du tibia gauche. Signes très atténués de bacillose aux deux sommets.

CHAPITRE III

Étude Clinique

Siège

D'après nos observations, il semble que le rhumatisme ankylosant tuberculeux a une prédilection marquée pour les grandes articulations, en particulier pour celles du membre inférieur. Le même fait avait été déjà remarqué par différents auteurs pour la tumeur blanche. Nélaton considérait le genou comme étant le plus souvent atteint, pour Crocq, c'était la hanche.

Nous ferons toutefois remarquer que nous n'avons pris, comme observations, que les cas où le rhumatisme tuberculeux s'est borné à revêtir la seule forme ankylosante, éliminant, de parti pris, celles surtout où bien qu'ayant donné naissance à de l'ankylose, il avait au préalable revêtu la forme du syndrome rhumatismal chronique déformant, ainsi qu'on en trouve nombre d'exemples dans les thèses de MM. Barjon et Drevet.

Dans ce dernier cas, bien entendu, l'ankylose bénéficie de la localisation de choix de la polyarthrite déformante et siège, en conséquence, surtout aux articulations des doigts.

Evolution, Symptômes

Le début est brusque, sans prodromes, il survient en quelques heures. L'arthrite débute soit par une seule articulation (mono-arthrite) et cette vulnérabilité plus grande d'un seul article pourrait s'expliquer, dans quelques cas, par la présence d'un traumatisme antérieur, qui aurait fait de lui un lieu de moindre résistance (Obs. I) ; soit, et c'est le cas le plus fréquent, par plusieurs articulations à la fois, à la façon du rhumatisme aigu franc (Obs. II, III, IV, V, VI). Mais dans ce dernier cas, le processus inflammatoire ne tarde pas à se fixer au niveau d'une seule articulation, de deux tout au plus.

Pendant ce temps, la douleur, la rougeur de la peau, l'impotence fonctionnelle, le gonflement existent à des degrés variables, sans aller cependant jusqu'à la suppuration. Les phénomènes généraux : fièvre, céphalée, inappétence, malaise sont habituellement modérés et hors de proportion avec l'intensité parfois extrême des symptômes locaux.

A un moment donné, l'inflammation est donc localisée à une ou deux jointures, et cette jointure a été prise ou seule d'emblée, ou au même instant que les autres (Obs. IV, V), ou encore au moment même où la douleur et le gonflement disparaissaient dans les premières touchées (Obs. II, III, VI.)

Alors, dans la marche de cette arthrite vers l'ankylose complète, définitive, deux modes peuvent se présenter. Un premier dans lequel l'immobilisation de l'articulation se fait presque d'emblée, après une seule atteinte, en un ou deux mois (Obs. II, V), laps de temps pendant lequel les douleurs au niveau de l'article n'ont jamais entièrement disparu et même la température n'est jamais revenue franchement à la normale (Obs. V). Dans un second mode, l'évolution n'est point aussi franche, aussi rapide ; il y a des hauts et des bas, des semblants d'amélioration et des poussées aiguës pendant lesquelles, sous l'influence de causes qui nous échappent ou de tentatives de mouvement, de travail de la part du malade, la lésion qui ne faisait que sommeiller « s'échauffe » pour ainsi dire. Enfin, arrive un dernier accès qui laisse l'articulation dans une position définitive, incapable de faire aucun mouvement (Obs. I, III, IV). Et point n'est besoin pour arriver à ce résultat d'une longue série de crises, trois ou quatre y suffisent généralement.

A une première période, donc, que l'on pourrait appeler la « période articulaire » succède, sans qu'il y ait de démarcation bien tranchée, la période que nous appellerons « la période trophique ou des déformations ». C'est celle qui correspond à la période où l'ankylose est déjà établie, caractérisée surtout par les positions vicieuses du membre. Et voici comment se produisent ces déformations. Dès le début de ses douleurs, le sujet malade cherchant instinctivement la position la moins pénible et la moins douloureuse, met son article dans la position la plus favorable au développement des culs de sacs de la synoviale (au genou, par exemple, ce sera

en demi-flexion.) Les muscles qui entrent alors en jeu sont le plus souvent les fléchisseurs, qui sont ainsi en contraction permanente. D'où relâchement des extenseurs qui finissent par s'atrophier : c'est donc dans cet état que l'ankylose surprend l'articulation et l'immobilise définitivement. S'ils ne l'ont déjà fait par suite d'une autre position telle que l'extension, les fléchisseurs s'atrophient alors à leur tour. Et le membre entier se trouve atrophié, si du côté de l'articulation, les parties périphériques, le manchon articulaire se sont également atrophiées et rétractées (forme atrophique), au contraire l'articulation y fait une saillie qui tranche nettement sur le reste, si ces mêmes parties périphériques se sont gonflées, hypertrophiées, ont donné naissance à des hyperostoses, etc. (forme hypertrophique).

L'ankylose, une fois établie, se reconnaît facilement comme toute ankylose, par deux caractères principaux : position vicieuse du membre, gêne ou impossibilité des mouvements, auxquels on peut ajouter l'atrophie consécutive des muscles qui commandent l'articulation.

La palpation méthodiquement pratiquée, permet de se rendre compte de l'état plus ou moins avancé, plus ou moins serré du processus fibreux dans lequel se trouvent les parties périphériques.

Des tentatives de mouvement, faites ou non sans anesthésie suivant la pusillanimité du malade, font apprécier l'état de solidité de la soudure et peuvent au besoin être un premier pas fait dans l'application du traitement.

La radiographie, enfin, rendra de précieux services entre les mains d'un commentateur expérimenté qui

pourra peut-être en tirer les éléments d'un diagnostic.

Malgré la description pour ainsi dire schématique qui précède, l'arthrite ankylosante tuberculeuse peut, à chaque instant de son évolution, revêtir diverses formes cliniques rappelant de tout point d'autres arthrites qui elles aussi aboutissent à l'ankylose. De ce nombre sont : la monoarthrite plastique ankylosante de Gosselin, l'arthrite sèche, les divers rhumatismes chroniques : polyarticulaire déformant, mono-articulaire déformant, etc. Nous ne faisons que les rappeler, nous réservant d'y revenir dans l'article suivant, à propos du diagnostic.

DIAGNOSTIC

Le malade en est encore à la période articulaire, avant de conclure à la nature tuberculeuse de son affection, nous avons à éliminer et le rhumatisme aigu franc et les pseudo-rhumatismes infectieux déjà connus.

Du premier l'arthrite tuberculeux se distingue, nous l'avons déjà dit, par son début, par la prédominance des symptômes locaux sur les symptômes généraux. par la fréquence moindre tout au moins de son retentissement sur le cœur, par l'inefficacité du traitement, par la rapidité avec laquelle elle se localise sur un seul article. Des seconds, l'interrogatoire et l'examen des malades y suffiront le plus souvent : on écartera ainsi la blennorrhagie, la diphtérie, la typhoïde, même la syphilis quoique celle-ci soit moins souvent en jeu, etc... On recherche dans les antécédents familiaux et personnels des malades. Ont-ils eu des parents morts tuberculeux ?

Y a-t-il des tuberculeux dans leur entourage ? Eux-mêmes ont-ils eu des otorrhées suspectes, des kératites, dans leur jeune âge, des ganglions suppurés ou non ? Ont-ils une tumeur blanche ? Toussent-ils ? Etc, etc. Enfin on cherche tous les signes qui peuvent déceler une tuberculose qui est latente encore ou qui a déjà évolué ou est en voie d'évolution. Et, comme déjà nous l'avons dit, trouve-t-on un de ces signes et a-t-on éliminé le rhumatisme aigu franc et les divers pseudo-rhumatismes infectieux, on peut, sans risque, songer à la tuberculose, à un rhumatisme tuberculeux et soigner ce dernier en conséquence.

Mais l'arthrite est devenue ankylosante ; nous en sommes à la période des déformations. Deux cas peuvent se présenter : Ou à la période aiguë déjà, on a reconnu et incriminé à juste titre la tuberculose ; ou on ignore absolument si la tuberculose existe, on voit, par exemple le malade pour la première fois. Dans le premier cas, la difficulté n'existe plus ; dans le second il n'en est plus de même. Et nous avons à éliminer :

(A) Le rhumatisme articulaire aigu. Quelques auteurs ont cité des cas où ce premier diagnostic avait été fait et qui se sont terminés par ankylose, peut-être par manque de soins. Ce ne peut être assurément là qu'une terminaison bien rare du rhumatisme franc et rien ne prouve que les cas diagnostiqués tels ne pouvaient point rentrer dans le cadre de l'arthrite tuberculeuse.

(B) L'arthrite traumatique ; avec l'interrogatoire, l'examen des extrémités osseuses suffira à la faire écarter, il faut nous rappeler toutefois qu'un traumatisme léger n'est parfois non pas une cause efficiente, mais

bien une cause prédisposante (Obs. 1), un appel à la tuberculose locale comme il l'est pour d'autres infections.

c) Les arthrites ankylosantes, plastiques, infectieuses : blennorrhagique, syphilitique, diphtérique, etc. C'est à celles-là peut-être que ressemble le plus l'arthrite ankylosante tuberculeuse : comme elles, elle a eu un début brusque par plusieurs articulations pour se localiser très vite à une seule ; comme elles encore le début a pu se faire par une seule articulation, genou le plus souvent, qui plus tard s'est ankylosée, réalisant ainsi le type de la mono-arthrite plastique de Gosselin. Comme précédemment, l'interrogatoire et l'examen du malade feront éliminer ces diverses infections.

d) Les différents rhumatismes chroniques. Nous avons vu que le rhumatisme tuberculeux pouvait se dissimuler sous le syndrome de rhumatisme chronique déformant. M. Barjon dans sa thèse : « Du syndrome rhumatismal chronique déformant » M. Drevet dans la sienne intitulée « Polyarthrite tuberculeuse déformante » en ont donné plusieurs exemples. Et les articulations qui en sont le siège peuvent à la longue s'ankyloser. Mais alors la forme importe peu, il faut savoir remonter à la cause du mal, à la tuberculose. Ce sera là le seul diagnostic à faire. On pourrait parfois songer à l'arthrite sénile, à ce que Dieulafoy appelle le « rhumatisme chronique partiel », au « *morbus coxæ senilis* ». Des recherches plus approfondies, démontreront peut-être un jour qu'il ne s'agit là que d'une lésion tuberculeuse ; le mode de début soit par chronicité d'emblée, soit par arthrite aiguë se rapproche en effet beaucoup de ce que nous savons sur ce mode de début du rhumatisme

tuberculeux, et pour l'instant, vu l'âge des malades chez lesquels cette arthrite survient, le diagnostic nous importe peu. Il en est de même pour le rhumatisme fibreux de Jaccoud, où il n'y aurait aucun non-sens à incriminer la tuberculose, quand celle-ci existerait déjà par ailleurs. En somme dans les rhumatismes chroniques quels qu'ils soient, le point capital à rechercher est la cause qui leur a donné naissance, car l'arthrite tuberculeuse ankylosante peut parfaitement emprunter leurs divers aspects pour se faire jour.

e) Enfin, les artropathies survenues au cours ou même à la période de début des maladies du système nerveux surtout de celles du tabes. Mais ici y aideront soit l'examen approfondi du malade, de ses réflexes, de ses pupilles, etc., soit l'examen même de son articulation. Celle-ci est le plus souvent indolente; atteinte d'hyarthroses, accompagnée d'un œdème dur qui donne au membre un aspect éléphantiasique. Et si cette artropathie ne se résout pas, au lieu d'avoir des tendances à donner des produits fibreux, elle est plutôt envahie, sous l'influence du trouble trophique, par un processus destructeur des parties articulaires ensuite duquel il sera permis d'imprimer à la jointure malade les mouvements les plus étonnants.

La tuberculose étant reconnue comme agent causal, voudrait-on savoir si l'ankylose est osseuse ou fibreuse, on pourrait au besoin recourir à l'artifice proposé par Malgaigne. On prend les deux leviers de l'articulation à pleine main et on essaie d'imprimer un mouvement à celle-ci. L'ankylose est-elle fibreuse, la douleur siège au niveau de l'interligne. Est-elle osseuse, la douleur

se fait sentir au point même d'application des forces.

Pronostic. — Du côté de l'articulation, le pronostic ne comporte de grave que ce que comporte avec elle toute ankylose, un traitement approprié permettra, le plus souvent, au malade de faire utilement dans la suite usage de son membre.

Mais, au point de vue général, il ne faut pas oublier que la tuberculose articulaire n'est le plus souvent qu'une tuberculose métastatique, qu'une complication d'une tuberculose faisant ses ravages dans d'autres organes ou qui même, bien que latente encore, n'attend qu'une occasion pour éclater et se généraliser. Et encore, n'oublions pas que le rhumatisme tuberculeux, tout en étant une tuberculose atténuée, mitigée, peut cependant, à l'exemple du rhumatisme aigu franc, comme l'a indiqué M. Poncet, donner naissance à des manifestations abarticulaires qui ne pourront que rendre plus précaire l'état du malade.

CHAPITRE IV

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. DÉFORMATIONS. TRAITEMENT.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

« L'ankylose est due à une néoformation de tissu fibreux. Ce tissu peut, à la longue, s'ossifier en totalité ou en partie et à l'ankylose fibreuse succède l'ankylose osseuse. C'est au dépens de la synoviale et aussi du cartilage d'encroûtement que se forme le tissu fibreux. La synoviale enflammée bourgeonne, envoie des prolongements entre les deux surfaces articulaires ; de leur côté les cartilages ne restent pas inactifs, les capsules cartilagineuses disparaissent et la substance fondamentale subit la transformation fibrillaire. Il se forme des espèces de tourbillons fibrillaires qui vont se mêler aux prolongements de la synoviale et constituer un tissu dense qui remplit bientôt toute la cavité articulaire en s'édifiant insensiblement en véritable tissu fibreux. Cette

transformation fibreuse se continue au-dessous, au dépend des couches profondes du cartilage qui existent encore, jusqu'à leur disparition complète. Le processus d'ossification commence alors, mais à l'inverse du précédent, il débute par les assises profondes pour remonter peu à peu d'une façon assez irrégulière ».

Cet article tiré de la thèse de M. Barjon explique certainement mieux que nous n'aurions su le faire la genèse anatomo-pathologique de l'ankylose.

Dans le *Traité de Chirurgie* de Duplay et Reclus on retrouve, en d'autres termes, à peu près la même description : « La vascularisation et l'épaississement inflammatoires des parties cellulo-fibreuses de l'articulation, y est-il dit, en établissant des adhérences anormales sont la meilleure cause de l'ankylose. Les ligaments se rétractent, se raccourcissent, s'ossifient parfois pendant que les cartilages s'usent et se perforent. Les extrémités osseuses en contact direct s'unissent par des adhérences fibreuses qui plus tard s'ossifient. Le cartilage normal peut d'ailleurs se transformer en tissu fibreux qui se convertit plus tard en os compact et résistant. »

Nous voyons ainsi que suivant l'époque où le malade qui fait de l'arthrite ankylosante est soumis à notre examen, nous pouvons avoir à des stades différents ou de l'ankylose simplement fibreuse ou encore de l'ankylose osseuse. Le traitement s'inspirera en partie de ces différences, car il est bien facile de comprendre que les manœuvres de mobilisation qui réussiront à rompre la première ne seront pas toujours suffisantes à venir à bout de la seconde.

Certainement, la plupart de nos malades n'étaient

porteurs que d'ankylose fibreuse, entr'autres celui de l'observation II, dont le bras, de l'extension, put assez facilement être ramené en flexion. Il ne nous a pas été donné d'observer, anatomiquement parlant, d'ankylose osseuse vraie, celle-ci serait surtout le fait de la carie sèche de Volkmann à allure bien différente; peut-être le malade qui fait l'objet de l'observation V en était-il cependant porteur car « la résection du poignet permit de constater, dit M. Rafin, la soudure complète des os du carpe et de l'extrémité inférieure des os de l'avant-bras. »

Les lésions que l'on trouve au niveau d'une articulation atteinte d'une arthrite rhumatismale tuberculeuse ankylosante sont sensiblement les mêmes que celles qui ont été décrites dans le rhumatisme déformant ordinaire. L'image radiographique, dans les deux cas, offre également fort peu de dissemblances. Tout ce qui vient d'être dit montre assez quelles peuvent être ces lésions : synoviale végétante, couverte de villosités; liquide synovial peu abondant ou même entièrement disparu; cavité articulaire cloisonnée par des tractus fibreux; cartilages érodés, ulcérés, en voie de disparition complète, têtes osseuses présentant à leur centre des signes d'ostéite raréfiante, avec autour d'elles des stalactites osseuses, des ostéophytes; ligaments, tendons, gaines tendineuses sont également envahis par la sclérose.

DÉFORMATIONS

Ce que nous avons dit dans le chapitre précédent au sujet des déformations qu'entraîne l'arthrite ankylosante

tuberculeuse nous dispense de nous étendre bien longtemps ici sur cette question. Le membre malade peut être en extension ou en flexion ou occuper des positions intermédiaires. L'atrophie musculaire porte soit sur les extenseurs seuls et cela, au début surtout, dans les ankyloses en flexion soit sur les extenseurs et les fléchisseurs à la fois.

L'articulation elle-même paraît réduite de volume par rétraction de ses tissus périphériques (forme atrophique), ou au contraire augmentée de volume par gonflement ou proliférations de celles-ci (forme hypertrophique). Le membre peut aussi revêtir divers aspects que l'on se figure aisément. Autour de l'articulation divers troubles trophiques d'importance secondaire peuvent aussi se remarquer, en particulier un lacis de veinosités très apparentes suppléant la circulation profonde interrompue.

TRAITEMENT

Dans l'arthrite ankylosante d'origine tuberculeuse, le diagnostic une fois établi, le point capital du traitement sera avant tout la lutte contre la cause première du mal, contre le bacille de Koch lui-même. Quelque soit l'époque où le malade se présente, il faudra instituer le traitement général bien connu et que nous résumerons en trois mots : grand air, repos, suralimentation. Il n'est point nécessaire d'insister sur son importance.

Au point de vue local, au contraire, on aura à distinguer entre la période qui précède l'ankylose et celle qui lui fait suite.

A la période « articulaire, douloureuse » on ne s'attardera point à vouloir quand même et toujours faire absorber au malade des doses croissantes de salicylate de soude ou d'antipyrine, dont les effets se feront trop longtemps attendre. Loin d'en tirer bénéfice, son organisme déjà affaibli en ressentirait plus tard les funestes effets et un temps précieux aurait été inutilement dépensé. Là, comme en présence de tout rhumatisme infectieux, deux complications à prévoir doivent diriger tout le traitement. D'une part, celle plus grave d'une transformation en tumeur blanche ; d'autre part, celle de la terminaison par ankylose. On immobilisera donc immédiatement l'articulation ; les pointes de feu, la révulsion sous toutes ses formes lutteront contre la possibilité de la première hypothèse de transformation en tumeur blanche. Une fois les phénomènes douloureux disparus, le danger redouté écarté, l'arthrite refroidie pour ainsi dire, on aura recours aux massages, à l'électricité, à des manœuvres de mobilisation pour éviter l'ankylose. Comme adjuvants, on emploiera les moyens préconisés par Milloz dans sa thèse (Lyon 1899), et qui se rapprochent du traitement général : bains de soleil prolongés, chaque jour plusieurs heures, sur l'articulation, malade. Au besoin et à défaut de ce dernier traitement, pourrait-on faire usage des rayons électriques de Finhsen qui sont employés journellement dans la cure du lupus, tuberculose locale également de moindre malignité.

L'ankylose est établie, définitive. Pour intervenir, on s'inspirera de l'âge, de l'état général du malade surtout, de la solidité de l'ankylose, de la position qu'occupe le membre porteur de l'articulation malade. Le malade

est-il jeune, vigoureux, indemne de toute autre tuberculose locale ou viscérale, l'intervention pourra lui être utile comme le démontrent les observations I et V. Au contraire est-il âgé, est-il porteur de lésions pulmonaires, d'une tumeur blanche, son état général est-il précaire, l'abstention sera plus opportune, car ainsi on n'aura pas la crainte de réveiller une infection, qu'un « coup de fouet » malencontreux ne ferait qu'aggraver, tout en précipitant un dénouement qui aurait pu encore se faire attendre de longues années.

L'intervention ayant été décidée, après discussion sur le bénéfice qu'en pourra retirer le malade, le traitement sera le même que dans les ankyloses en général. Redressement lent et graduel, redressement brusque sous anesthésie avec toutes les précautions ordinaires en pareils cas : ostéoclasie, résection, ostéotomie, suivant les différents cas, le chirurgien aura le choix entre ces divers systèmes, en se souvenant toujours, nous y insistons, que le bacille de Koch a élu domicile chez son malade.

CONCLUSIONS

I. La tuberculose peut, au même titre que les autres maladies infectieuses, donner naissance à une variété de pseudo-rhumatisme qui a été appelée par M. Poncet « rhumatisme tuberculeux ».

II. Le rhumatisme tuberculeux peut revêtir diverses formes : aiguë, subaiguë, chronique déformante, qui ont déjà été décrites par différents auteurs.

III. A côté de ces formes, doit prendre place une forme que nous appelons « arthrite ankylosante d'origine tuberculeuse ».

IV. L'arthrite ankylosante rhumatismale tuberculeuse a une prédilection marquée pour les grandes articulations : genou, hanche, coude, etc., elle peut, dans son évolution, simuler diverses variétés de rhumatismes chroniques qui pourraient donner le change, si on n'en recherchait la cause.

Des observations de ce genre ne sont certainement pas rares. Nous en avons réuni sept dans notre thèse.

V. Le diagnostic, dans la période rhumatismale proprement dite, sera fait avec tous les rhumatismes : vrai ou faux; dans la période ankylosante, avec toutes les affections qui peuvent retentir sur les articulations et y donner lieu à de l'ankylose.

VI. L'anatomie pathologique, encore peu connue il est vrai, ne présente rien en elle-même, de bien particulier. Elle semble ne pas différencier de celles d'autres rhumatismes infectieux ou pseudo-rhumatismes.

VII. Le traitement doit être général et local. Général contre la tare tuberculeuse. Local : soit contre l'arthrite, soit contre l'ankylose, suivant les diverses périodes, ce traitement doit toujours s'inspirer de l'état général du malade.

Vu :

Le Président de la Thèse,

PONCET.

Vu :

Pour le Doyen de la Faculté,

L'Assesseur,

LACASSAGNE

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon, le 25 mars 1903.

Le Recteur,

Président du Conseil de l'Université,

COMPAYRÉ

BIBLIOGRAPHIE

PONCET. — Congrès de chirurgie 1897; Société de médecine de Lyon 1900, Leçons cliniques (1900-1910). Académie de médecine (séances des 23 juillet et 22 octobre 1901, 15 juillet 1902. Revue de la tuberculose 1894-1902.

COYRARD. — Thèse de Paris 1889. « Rhumatisme articulaire progressif et tuberculose ».

BÉRARD et DESTOT. — Communication au Congrès de chirurgie 1897.

BARJON. — Du syndrome rhumatismal chronique déformant. Th. Lyon 1897.

DREVET. — Th. Lyon 1898. « Polyarthrite tuberculeuse déformante ».

MILLAY. — De l'héliothérapie locale comme traitement des tuberculoses articulaires. Th. Lyon 1899.

BÉRARD et MAILLAND. — Du rhumatisme tuberculeux. *Gaz. Hebd.* 1900.

MAILLAND. — Du rhumatisme tuberculeux. *Presse Médicale* 1901.

PATEL. — Revue de chirurgie 1901. *Gaz. Hebd.* 1901-1902.

EGMANN. — Rhumatisme articulaire aigu tuberculeux. Th. Lyon 1901.

TREBENEAU. — Fréquence du rhumatisme tuberculeux dans les tuberculoses viscérales et locales. Th. Lyon 1901.

VILLEDIEU. — De la sciatique d'origine tuberculeuse. Th. Lyon 1901.

VAISSADE. — De la névralgie faciale tuberculeuse. Th. Lyon 1901.

VERDEAU. — Rhumatisme tuberculeux Cardiopathie inflammatoire d'origine tuberculeuse. Thèse Lyon 1902.

MAERSON. — Du rhumatisme tuberculeux observé récemment dans le sanatorium de Leysin. Thèse Lyon 1903.

DUPLAY et RECLUS. — Traité de chirurgie, tome III.

OLLIER. — Traité des résections, tome III.

DIEULAFOY. — Manuel de pathologie interne.

